湖東記念病院 地域医療連携室 宛（FAX 0749-45-3335）

# 湖東記念病院 地域包括ケア病棟　レスパイト入院申込書

年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男<br>女 | 生年月日 | 大正・昭和・平成<br>年　月　日（　　歳） |
| 患者氏名 | | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | | 緊急時　　（続柄:　　） | | |
| 主病名 | | | | |
| 入院希望の理由 | | | | |
| 入院希望期間 | 年　月　日（　）時 ～　年　月　日（　）時<br>※入院時間 ： 午前は10～11時、午後は14時でお願いします。 | | | |
| 部屋希望 | □ 大部屋　□ 個室（ 2,200円 ・ 3,300円 ・ 5,500円 ・ 11,000円　※1日/税込） | | | |

日常生活についてお聞かせ下さい。

| | |
|---|---|
| 身体状況 | □ 寝たきり　□ 車椅子移動（ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ）<br>□ 歩行（ 自立 ・ 一部介助 補助具使用:　　）　□ その他（　　） |
| 食事 | □ 自立　□ 一部介助　□ 全介助　□ 嚥下障害あり<br>•主食　□ 米飯　□ 軟飯　□ 全粥　□ ペースト<br>•副食　□ 普通　□ 一口大　□ 刻み　□ 極刻み　□ ペースト<br>とろみ　□ なし　□ あり　　補助食（　　）<br>□ 経管栄養（内容:　　1回量:　　ml　回数:　　回/日） |
| 排泄 | □ トイレ　□ ポータブルトイレ　□ おむつ　□ ストーマ<br>□ バルーンカテーテル（　　Fr　交換日　/　）　□ その他（　　）<br>□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 |
| 精神状況など | □ 幻視•幻聴　□ 妄想　□ 昼夜逆転　□ 暴言　□ 暴行　□ 徘徊　□ 介護抵抗<br>□ 火の不始末　□ 不潔行為　□ 異食行為　□ 性的問題行動<br>※徘徊、暴言•暴力行為等のある方はお受けできない場合があります。 |
| 医療行為 | □ 褥瘡処置　□ 喀痰吸引　□ 麻薬の管理　□ 胃瘻　□ 腸瘻　□ 点滴　□ 在宅酸素<br>□ 気管切開　□ 人工呼吸器（機種名:　　）<br>□ その他（　　） |
| 要支援•要介護<br>又は障害区分 | □ 要支援 1・2　□ 要介護 1・2・3・4・5<br>□ 障害区分（　　）　□ その他（　　） |
| ケアマネジャー | 事業所名:　　電話番号 |
| | 担当者名: |
| かかりつけ医 | |
| 備考•要望 | |

依頼者 氏名:　　連絡先:TEL　　FAX

※病状やベッドの空き状況により、お部屋や期間などご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。